

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 618.2/.3:616.853

ПРУСАКОВА
Оксана Ивановна

**ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ
ЭПИЛЕПСИЕЙ**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности
14.01.01 – акушерство и гинекология

Витебск, 2010

Работа выполнена в УО «Витебский государственный медицинский университет»

- Научный руководитель:** Занько Сергей Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии УО «Витебский государственный медицинский университет»
- Официальные оппоненты:** Можейко Людмила Федоровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии УО "Белорусский государственный медицинский университет"
Кулага Ольга Константиновна, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивного здоровья ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
- Оппонирующая организация:** УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Защита состоится «28» декабря 2010 г. в 12 ч на заседании совета по защите диссертаций Д 03.16.03 при УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» по адресу: г. Витебск, проспект Фрунзе, 27. Телефон: 8(0212) 230107.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет».

Автореферат разослан «19» ноября 2010 г.

Ученый секретарь
совета по защите диссертаций,
доктор медицинских наук,
доцент



Н.И. Киселева



ВВЕДЕНИЕ

В общей сложности около 1% беременных страдает эпилепсией [Власов, П.Н. 2001]. Среди пациенток с эпилепсией группа резерва родов составляет от 25% до 40%. Ежегодно около 0,3-0,4% новорожденных рождается от матерей с данной патологией [Katz, O. 2006].

За последнее десятилетие в 4 раза возросло число беременностей и родов у женщин, страдающих эпилепсией [Власов, П.Н. 2001], что объясняет растущий интерес к проблеме ведения беременности и родов у данной категории пациенток. Однако эта проблема до сих пор изучена недостаточно [Броун, Т. 2006]. В основном исследовались неврологические аспекты течения беременности и родов у женщин, страдающих эпилепсией, а также различные эффекты влияния противосудорожных препаратов на беременную и плод, в то же время значимые акушерско-гинекологические проблемы течения беременности у женщин с эпилепсией практически не обсуждались [Mottow, J. 2007].

Врожденные аномалии разной степени тяжести встречаются у 4-10% детей, матери которых страдают эпилепсией [Yerby, M.S. 1991]. Кроме того, у них часто наблюдаются снижение массы тела, замедление роста и нарушение когнитивных функций [Ried, S. 1996].

Проблема ведения беременности и родов у женщин, страдающих эпилепсией, актуальна во всем мире в связи с высоким риском осложнений как со стороны матери, так и плода. По данным литературы, у женщин с эпилепсией чаще наблюдаются токсикозы беременных, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды [Kalvianen, R. 2002]. Перинатальная смертность и частота проводимых по медицинским показаниям прерываний беременности превышает в 2-3 раза среднестатистические показатели [Yerby, M. 1985]. Также повышен риск развития кровотечений в родах и в послеродовом периоде у женщин, геморрагического синдрома у новорожденных, что связано с приемом противосудорожных препаратов, влияющих на уровень факторов свертывающей системы крови за счет индукции печеночных ферментов [Howe, A.M. 1999].

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с крупными научными программами, темами

Диссертационная работа является частью плана государственной научно-технической программы по теме «Разработать и внедрить фармакоэкономические и фармакоэпидемиологические методы создания формулярной системы в Республике Беларусь» (№ государственной регистрации 20082792), утвержденной на 2008 – 2009 годы.

Цель и задачи исследования

Цель исследования – разработать рекомендации по подготовке женщин, страдающих эпилепсией, к беременности и по рациональному её ведению.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Создать базу данных пациенток репродуктивного возраста, страдающих эпилепсией, для проведения эффективной предгравидарной подготовки.
2. Изучить особенности течения беременности у женщин, страдающих эпилепсией, и её исходы в зависимости от проведения предгравидарной подготовки.
3. Определить сроки беременности, критические по самопроизвольным абортam и преждевременным родам, у женщин с эпилепсией.
4. Изучить частоту пороков развития у плодов и детей, рожденных женщинами, страдающими эпилепсией.
5. Разработать программу предгравидарной подготовки и ведения беременности у женщин, страдающих эпилепсией.

Объект исследования – 104 беременные, страдающие эпилепсией, 30 практически здоровых беременных и их новорожденные. Особенности клинического течения беременности, раннего неонатального периода у новорожденных, родов у женщин, страдающих эпилепсией, в зависимости от проведения предгравидарной подготовки и у практически здоровых беременных.

Предмет исследования – 134 медицинские карты амбулаторных больных, индивидуальные карты беременных и родильниц, истории родов, истории развития новорожденных, по которым проведен ретроспективный анализ; пробы сыворотки крови для исследования гормонов, уровня противозэпилептических препаратов, биохимических показателей; соскобы эпителиальных клеток со слизистой оболочки уретры и цервикального канала для проведения качественной оценки наличия урогенитальных инфекций; результаты исследований общего анализа крови; показатели доплерометрии плодово-плацентарного и маточно-плацентарного кровотока.

Положения, выносимые на защиту

1. Предгравидарная подготовка у женщин, страдающих эпилепсией, проведенная в условиях специализированного центра, включающая установление доверительного психологического контакта, коррекцию терапии противозэпилептическими препаратами, прием фолиевой кислоты, является эффективным мероприятием по снижению врожденных пороков развития плода (11,3%) и осложнений беременности (51,5%).

2. Особенности течения беременности у женщин, страдающих эпилепсией, в первом и втором триместрах являются угрозой прерывания беременности, анемия легкой степени, повышение уровня печеночных

ферментов; в третьем триместре – высокая частота развития гестоза, фетоплацентарной недостаточности, хронической гипоксии плода, угрозы преждевременных родов.

3. Госпитализация беременных с эпилепсией в критические сроки по самопроизвольным абортam и преждевременным родам (12-14, 19-21 и 33-34 недели) позволяет провести терапию по сохранению беременности, профилактику осложнений беременности, электроэнцефалографическое мониторирование, контроль содержания в крови противосудорожных препаратов, коррекцию лечения основного заболевания.

4. Разработанные и внедренные в практическую деятельность рекомендации по ведению беременных, страдающих эпилепсией, позволяют снизить частоту осложнений неонатального периода на 28,9% и пороков развития плода на 11,3%.

Личный вклад соискателя

Диссертантом самостоятельно произведен патентно-информационный поиск по данной проблеме, сформулированы цель и задачи исследования, определены основные этапы и направления их достижения, выбраны методы и объем исследования. Набор клинического материала, обследование и лечение всех беременных произведены диссертантом на базе клиники УО «Витебский государственный медицинский университет», отделения пароксизмальных состояний УЗ «Витебский областной диагностический центр» и роддомов города: УЗ «Витебский городской клинический родильный дом №1», УЗ «Витебский городской клинический родильный дом №2» и УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Диссертантом самостоятельно осуществлены разработка и применение анкеты-опросника, проведение гинекологических осмотров, забор материала с организацией и проведением лабораторных исследований, назначение оптимального способа лечения, ведение родов и послеродового периода, оперативное родоразрешение, оценка эффективности проведенных лечебных мероприятий с изучением отдаленных результатов, анализ архивных документов, ведение медицинской документации, формирование компьютерной базы данных, статистическая обработка и интерпретация полученных результатов.

Настоящая работа является самостоятельным научным исследованием, все публикации написаны лично автором. Среди соавторов – научный руководитель и сотрудники лечебных подразделений, где проводились набор клинического материала и обследование пациентов. Личный вклад автора в совместных исследованиях и публикациях составил 84%.

Разработанная методика ведения беременных женщин, страдающих эпилепсией, внедрена в клиническую практику УЗ «Витебский областной диагностический центр» и роддомов города: УЗ «Витебский городской

клинический родильный дом №1», УЗ «Витебский городской клинический родильный дом №2», УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», а также в учебный процесс на кафедре акушерства и гинекологии УО «Витебский государственный медицинский университет».

Апробация результатов диссертации

Результаты исследования и основные положения диссертации доложены и обсуждены на VIII съезде акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь «Безопасное материнство в XXI веке» (Витебск, 2007); VII Республиканской научно-практической конференции «Современные проблемы диагностики и лечения заболеваний нервной системы» (г/п Ждановичи, 2008); научных сессиях Витебского государственного медицинского университета (Витебск, 2008, 2009, 2010); научно-практической конференции, посвященной 15-летию Витебского областного диагностического центра (Витебск, 2010).

Опубликованность результатов диссертации

По теме диссертации опубликовано 16 научных работ (общий объем 7,6 авторских листа или 304000 печатных знаков), из них 4 статьи в рецензируемых научных журналах, включенных в перечень изданий, утвержденных ВАК Республики Беларусь, соответствующих пункту 18 «Положения о присуждении ученой степени и присвоении ученых званий в Республике Беларусь» (общий объем 1,3 авторских листа или 52000 печатных знаков); 10 статей и тезисов в материалах научных конференций (2 статьи – в рецензируемых сборниках научных трудов и 8 – в материалах научных конференций, общий объем 1,2 авторских листа или 48000 печатных знаков); 1 инструкция по применению, утвержденная Министерством здравоохранения Республики Беларусь (регистрационный №144 – 1108 от 10.09.2008 г., общим объемом 1,01 авторских листа или 40400 печатных знаков) и 1 методические рекомендации, утвержденные управлением здравоохранения Витебского облисполкома и УО «Витебский государственный медицинский университет» (регистрационный номер №7 от 07.12.2007 г., общим объемом 4,14 авторских листа или 165600 печатных знаков). Без соавторов опубликованы 4 научные работы.

Имеется 5 актов о внедрении результатов исследования в лечебный и учебный процесс.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, 5 глав собственных исследований, заключения, библиографического списка, содержащего перечень использованных источников и публикаций соискателя, приложения. Объем диссертации – 109 страниц компьютерного текста. Работа иллюстрирована 29 таблицами

(занимают 15,5 страниц), 6 рисунками (занимают 3 страницы), 9 формулами и 1 клиническим случаем. Библиографический список содержит 125 источников (49 – отечественных и 60 – иностранных авторов, 16 – публикаций соискателя) и занимает 10 страниц. Раздел «Приложения» включает 2 приложения и занимает 19 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Основная клиническая часть выполнена на базе клиники УО «Витебский государственный медицинский университет» за период с 2002 по 2010 годы (главный врач к.м.н. А.А. Оладько), отделения пароксизмальных состояний УЗ «Витебский областной диагностический центр» (главный врач В.И. Орехва), женской консультации ГУЗ «Витебская городская центральная поликлиника» (главный врач С.И. Беляев) и акушерских отделений роддомов: УЗ «Витебский городской клинический родильный дом №1» (главный врач Е.Г. Леонович), УЗ «Витебский городской клинический родильный дом №2» (главный врач Т.Л. Туравинова) и УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (главный врач к.м.н. С.П. Выхристенко).

Обследование женщин репродуктивного возраста на наличие ДНК вируса папилломы человека 11, 16, 18 типов и наличие ДНК *Chlamidia trachomatis*, *Mycoplasma Hominis*, *Ureaplasma Urealiticum*, цитомегаловируса, вирусов герпеса I и II типов методом полимеразной цепной реакции проведено в лаборатории клиники УО «Витебский государственный медицинский университет» (главный врач к.м.н. А.А. Оладько).

Исследование гормонального статуса женщин репродуктивного возраста проведено в радиоиммунологической лаборатории УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер» (главный врач к.м.н. А.В. Лекторова) и ГНУ «Институт радиобиологии НАН Беларуси» (директор д.б.н. А.Д. Наумов).

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием стандартного пакета программ “STATISTICA 6.0” (StatSoft, Ink. 1994-2001), при этом были использованы модули Basic Statistic/tables, Nonparametric Statistics.

Сравнение групп по качественным признакам производилось с использованием двустороннего критерия точного Фишера. Для всех признаков вычисляли абсолютную (n) и относительную (P) величину, среднюю ошибку относительной величины (m_p).

При проведении статистического анализа для количественных данных первоначально определяли характер распределения (Shapiro-Wilk' W test). Количественные признаки, не имеющие приближенно нормального

распределения, оценивали с использованием методов непараметрической статистики для независимых групп (Mann-Whitney U test). Данные представлены в виде Me (25%; 75%), где Me – медиана признака, 25% и 75% – интерквартильный размах. Для оценки взаимосвязи количественных признаков применяли метод непараметрического статистического анализа – ранговая корреляция по Спирмену (r).

Различия во всех случаях рассматривались как статистически достоверные при уровне значимости $P < 0,05$.

Клиническая характеристика обследованных беременных

Под наблюдением находились 104 беременные, страдающие различными формами эпилепсии, с длительностью заболевания от 0 (гестационная эпилепсия) до 29 лет (основная группа), а также 30 практически здоровых беременных (контрольная группа) и новорожденные.

В соответствии с поставленной целью исследования беременные основной группы были разделены на 2 подгруппы:

- первую подгруппу составили 24 (23,1%) женщины с эпилепсией, прошедшие предгравидарную подготовку;
- вторую подгруппу составили 80 (76,9%) женщин с эпилепсией, не прошедших предгравидарную подготовку.

Пациентки обследуемых групп были сопоставимы по возрасту: 24,0 (21,0;29,0) года в основной группе и 26,5 (24,0;30,0) в контрольной группе, ($p > 0,05$).

У женщин, страдающих эпилепсией, минимальный возраст начала половой жизни составил 13 лет, у практически здоровых женщин – 15 лет. Анализ полового дебюта в основной группе показал, что у 21 (20,2%) пациентки половая жизнь началась в возрасте до 16 лет, у 60 (57,7%) – в возрасте 16–18 лет, у 23 (22,1%) – после 18 лет. В контрольной группе половой дебют до 16 лет был у 1 (3,3%) пациентки, в 16–18 лет – у 20 (66,7%), после 18 лет – у 9 (30,0%).

Патология репродуктивной системы статистически значимо чаще ($p < 0,05$) наблюдалась у женщин, страдающих эпилепсией, чем в контрольной группе: 45 (43,3%) и 7 (23,3%) соответственно. Анализ показал, что наиболее часто встречающимся нарушением менструальной функции у женщин, страдающих эпилепсией, является альгоменорея, которая выявлена у 20 (19,2%) женщин основной группы, у 1 (3,3%) контрольной группы ($p < 0,05$). Первичное бесплодие выявлено у 3 (2,9%) пациенток основной группы (в контрольной группе – ни у одной), им проведено гормональное лечение с положительным результатом.

Анализ встречаемости инфекций, передающихся половым путем, показал, что в основной группе преобладали «классические» венерические

заболевания: трихомониаз (2 – 1,9%), гонорея (3 – 2,9%), сифилис (3 – 2,9%). Генитальный герпес диагностирован у 1 (1,0%), вирус папилломы человека – у 2 (1,9%) и микст-инфекции – у 3 (2,9%) пациенток. В контрольной группе выявлены урогенитальный хламидиоз (4 – 13,3%) и уреаплазмоз (1 – 3,3%).

Не пользовались средствами контрацепции 74 (71,2%) пациентки основной группы и 8 (26,7%) контрольной группы ($p < 0,001$).

Предгравидарное консультирование по поводу 24 (23,1%) женщинам, страдающим эпилепсией, и включало полное информирование о факторах риска, имеющихся при данном заболевании, для нее самой и ее потомства, преимуществах и недостатках проводимого противосудорожного лечения с тем, чтобы она смогла осознанно принять решение о возможности беременности.

Проведение предгравидарной подготовки у женщин, страдающих эпилепсией, позволило выявить и пролечить до беременности в 100% случаев гинекологическую патологию и инфекции, передающиеся половым путем, в сравнении с женщинами, страдающими эпилепсией и не прошедшими предгравидарную подготовку (27,3% и 83,3 % соответственно).

Женщины первой подгруппы принимали фолиевую кислоту (5 мг в сутки) в 100% случаев до беременности и на протяжении первого триместра гестации. Женщины второй подгруппы в 62,5% случаев принимали фолиевую кислоту (5 мг в сутки) с момента диагностики беременности и до 12 недель.

Статистически значимых различий по типу эпилептических приступов, их частоте до беременности и проводимой противосудорожной терапии, которые могли бы повлиять на течение беременности и родов, у женщин 1 и 2 подгрупп не было.

Особенности течения беременности у женщин, страдающих эпилепсией, в первом триместре

Анемия беременных диагностирована у 15 (15,8%) женщин с эпилепсией и выявлена в 2,5 раза чаще у женщин второй подгруппы, чем в контрольной группе (16,9% и 6,7% соответственно). Результаты нашего исследования показали, что минимальное содержание гемоглобина в первой подгруппе составило 106 г/л, максимальное – 142 г/л; во второй подгруппе – 98 г/л и 146 г/л и в контрольной группе – 100 г/л и 148 г/л соответственно. Нами найдены статистически значимые различия между второй подгруппой 120 (112,0;128,0) и контрольной группой 127,5 (121,0;137,0), $p < 0,05$. Во всех случаях диагностирована анемия только легкой степени.

Ранний токсикоз беременных осложнил течение гестации у 1 (4,2%) пациентки первой подгруппы, у 8 (10,0%) второй подгруппы и у 1 (3,3%) беременной контрольной группы.

В 9 (11,3%) случаях во второй подгруппе имело место прерывание беременности, в то время как в первой подгруппе и в контрольной группе прерываний беременности не было. Показаниями к прерыванию беременности явились неразвивающаяся беременность в сроке 8-9 недель (1,3%), самопроизвольный выкидыш в сроке 13-14 недель (1,3%), медицинский аборт по социальным (1,3%) и медицинским (7,5%) показаниям. Прерывание беременности по медицинским показаниям было произведено в 5 случаях вследствие учащения эпилептических припадков, в 1 случае – по поводу развития статуса генерализованных тонико-клонических припадков.

Нами установлены статистически значимые различия уровней печеночных ферментов (аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы) в сыворотке крови женщин, страдающих эпилепсией, по сравнению с контрольной группой (22,5 (19,0;26,0), 21,0 (14,0;23,0), 14,0 (11,0;20,0) и 23,0 (20,0;28,0), 22,0 (16,0;26,0), 16,5 (9,0;24,0) Ед/л соответственно, $p < 0,05$) Значения показателей аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы во всех случаях находились в пределах нормальных значений.

При анализе концентрации гонадотропных (фолликулостимулирующего и лютеинизирующего) и яичниковых (эстрадиол, прогестерон) гормонов в сыворотке крови у пациенток исследуемых групп выявлены статистически значимые различия в содержании лютеинизирующего гормона между второй подгруппой и группой контроля (2,0 (1,5;5,3) и 1,5 (1,2;1,8) соответственно, ($p < 0,05$)).

Особенности течения беременности у женщин, страдающих эпилепсией, во втором триместре

В ходе проведенных исследований угрожающий самопроизвольный выкидыш диагностирован в первой подгруппе – у 3 (12,5%) беременных в сроке 19-21 неделя, во второй подгруппе – у 10 (14,1%) беременных, из них у 3 (4,2%) – в 16-17 недель и у 7 (9,9%) – в 19-21 неделю. В контрольной группе случаев угрожающего самопроизвольного выкидыша не было.

Угрожающие преждевременные роды отмечались у 6 (8,5%) беременных второй подгруппы и у 1 (3,3%) – контрольной группы.

Таким образом, угроза прерывания беременности в 6,1 раза чаще имела место у женщин, основной группы, чем контрольной: 20,0% и 3,3% соответственно, $p < 0,05$.

Во втором триместре гестации пороки развития плода (4 врожденных порока сердца и 1 спинномозговая грыжа) были выявлены у 5 (6,3%) беременных, не прошедших предгравидарную подготовку. Все беременные имели редкие припадки. Одна из матерей находилась на политерапии противосудорожными препаратами (бензонал в дозе 100 мг, карбамазепин – 400 мг), три беременные, страдающие эпилепсией, получали монотерапию

(одна – депакин 1500 мг, двое – финлепсин 200 и 400 мг) и одна не принимала противоэпилептические препараты. Ни одна из беременных не получала с момента наступления беременности и до 12 недель фолиевую кислоту. В других группах исследования пороки развития у плода не выявлены. Анализ пороков развития плода и исходов беременностей представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Пороки развития плода и исходы беременностей у женщин второй подгруппы во втором триместре гестации

Срок беременности при выявлении порока	Порок развития	Исход беременности
18-19 недель беременности	ВПС: тетрада Фалло	От прерывания беременности отказалась, срочные роды
18-19 недель беременности	ВПС: атрезия клапана аорты, гипоплазия восходящего отдела и дуги аорты	Прерывание беременности в 21-22 недели по медицинским показаниям
19-20 недель беременности	ВПС: дефект межжелудочковой перегородки	Срочные роды, от прерывания беременности отказалась
19-20 недель беременности	ВПС: дефект межжелудочковой перегородки	Срочные роды, от прерывания беременности отказалась
18-19 недель	Спинальная грыжа	Срочные роды, от прерывания беременности отказалась

Течение беременности у женщин с эпилепсией во втором триместре, в отличие от практически здоровых беременных, также имело следующие особенности:

– анемия у беременных с эпилепсией диагностируется в 2,6 раза чаще, чем в контрольной группе (26,4% и 10,0% соответственно). Средний уровень содержания гемоглобина у исследуемых женщин составил: в первой подгруппе – 113,0 (110,5;121,0), во второй подгруппе – 114,0 (110,0;121,0) и 121,0 (114,0;125,0) в контрольной группе. Нами выявлены статистически значимые различия в показателе гемоглобина у беременных первой подгруппы ($p<0,05$) и второй подгруппы ($p<0,001$) в сравнении с контрольной группой. Всем беременным проводилась терапия препаратами железа в амбулаторных условиях;

– показатели уровней аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы в сыворотке имеют статистически значимые различия у женщин, страдающих эпилепсией, по сравнению с контрольной

группой (22,0 (19,5;24,0), 22,0 (14,0;24,0), 15,0 (11,0;28,0) и 24,0 (17,0;27,0), 24,0 (16,0;26,0), 16,0 (12,0;24,0) Ед/л соответственно, $p<0,05$);

– содержание лютеинизирующего гормона в сыворотке крови беременных второй подгруппы и контрольной группы имеет значимые различия (1,0 (1,0; 3,9) и 1,5 (1,2; 1,8) соответственно, $p<0,05$).

Особенности течения беременности у женщин, страдающих эпилепсией, в третьем триместре

Осложненное течение беременности наблюдалось значительно чаще у женщин, страдающих эпилепсией и не прошедших предгравидарную подготовку, чем в контрольной группе: поздний гестоз – в 6,1 раза чаще (20,0% и 3,3% соответственно, $p<0,05$), угрожающие преждевременные роды, хроническая гипоксия плода – в 3,8 раза чаще (25,7% и 6,7% соответственно, $p<0,05$), фетоплацентарная недостаточность – в 4,1 раза чаще (27,1% и 6,7% соответственно, $p<0,05$) (таблица 2).

Таблица 2 – Осложнения беременности в третьем триместре у пациенток исследуемых групп

Осложнения беременности	Группы пациенток					
	первая подгруппа (n=24)		вторая подгруппа (n=70)		контрольная группа (n=30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Многоводие	2	8,3±5,8	2	2,9±2,0	1	3,3±3,3
Маловодие	–	–	2	2,9±2,0	1	3,3±3,3
Угрожающие преждевременные роды	5	20,8±8,5	18	25,7±5,2*	2	6,7±4,6
Гестоз	3	12,5±6,9	14	20,0±4,8*	1	3,3±3,3
Преждевременное излитие околоплодных вод	–	–	–	–	2	6,7±4,6
Фетоплацентарная недостаточность	3	12,5±6,9	19	27,1±5,3*	2	6,7±4,6
Хроническая гипоксия плода	3	12,5±6,9	18	25,7±5,2*	2	6,7±4,6
Синдром задержки развития плода	–	–	4	5,0±2,6	1	3,3±3,3
Предлежание плаценты	–	–	–	–	2	6,7±4,6

Продолжение таблицы 2 .

Истмико-цервикальная недостаточность	2	8,3±5,8	6	7,5±3,1	1	3,3±3,3
--------------------------------------	---	---------	---	---------	---	---------

Примечание – * – вероятность справедливости нулевой гипотезы в сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$).

Описанные выше осложнения беременности часто возникали на фоне анемии: у женщин с эпилепсией в 29,3% (в первой подгруппе в 37,5%, во второй подгруппе – в 26,5%) и в контрольной группе – в 10,0% случаев. Выявлены значимые различия по заболеваемости анемией беременных между подгруппами женщин, страдающих эпилепсией, и контрольной группой ($p < 0,05$).

В ходе исследования было выявлено повышение уровня печеночных ферментов (аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы) в сыворотке крови женщин, страдающих эпилепсией, по сравнению с контрольной группой (22,0 (18,5;24,0), 20,0 (12,0;23,0), 17,0 (14,0;18,0) и 24,0 (20,0;27,0) 22,0 (16,0;26,0), 18,5 (14,0;24,0) Ед/л соответственно, $p < 0,05$)

Нами разработана программа ведения беременности у женщин с эпилепсией (рисунок 1).

Течение родов, состояние новорожденных

В первой подгруппе беременность закончилась срочными родами у 24 (100%) беременных, во второй подгруппе – у 68 (98,6%), в контрольной группе – у 28 (93,3%). Преждевременными родами беременность закончилась во второй подгруппе в 1 (1,5%) случае, в контрольной группе – в 2 (6,7%) беременных ($p < 0,05$). Во второй подгруппе был один случай материнской смертности в сроке 31-32 недели беременности, произошедший вследствие синдрома внезапной смерти при эпилепсии.

Через естественные родовые пути родоразрешены 16 (66,7%) беременных первой подгруппы, 50 (72,5%) женщин второй подгруппы и 23 (76,7%) – контрольной группы.

Преждевременное излитие околоплодных вод диагностировано в первой подгруппе – у 2 (8,3%) беременных, во второй подгруппе – у 3 (4,3%) беременных и в контрольной группе – у 2 (6,7%) беременных ($p > 0,05$).

Роды закончились путем операции кесарева сечения у 8 (33,3%) беременных первой подгруппы, у 30 (43,5%) беременных второй подгруппы и у 7 (23,3%) беременных контрольной группы ($p > 0,05$).

Во второй подгруппе в 3 (4,3%) случаях роды осложнились гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде.

I ЭТАП

Предбывидарная подготовка:

- наблюдение акушера-гинеколога с установлением доверительного психологического контакта, выявление и лечение гинекологической патологии, ИППП;
- наблюдение невролога или психиатра с определением концентрации ПЭП, коррекцией терапии ПЭП (монотерапия предпочтительна), проведением ЭЭГ;
- консультация генетика для определения риска ВПР и наследования ребенком эпилепсии;
- фолиевая кислота по 5 мг в день;
- регистрация женщин в базе данных.

II ЭТАП I триместр

- наблюдение акушера-гинеколога и невролога 1 раз в 4 недели и дополнительно после каждого генерализованного припадка, сопровождавшегося падением с обязательным проведением ЭЭГ;
- фолиевая кислота 5 мг в день;
- ЭЭГ-контроль 1 раз в два месяца;
- мониторинг ПЭП в плазме в начале триместра, при учащении припадков или появлении побочных эффектов препарата;
- госпитализация беременных в сроке 12-14 недель для проведения профилактики невынашивания беременности, мониторинг ПЭП и коррекция лечения ПЭП;
- УЗИ скрининг на ВПР плода в 12-13 недель.

III ЭТАП II триместр

- наблюдение акушера-гинеколога и невролога до 22 недель – 1 раз в 4 недели, с 22 до 28 недель – 1 раз в 2 недели, дополнительно – после каждого генерализованного припадка, сопровождавшегося падением с обязательным проведением ЭЭГ;
- фолиевая кислота 1 мг 1 раз в день;
- госпитализация беременных в сроке 19-21 неделя для проведения профилактики невынашивания беременности, мониторинг ПЭП и коррекция лечения ПЭП;
- УЗИ контроль в 18-20 недель для выявления ВПС у плода;
- ЭЭГ-контроль 1 раз в два месяца;
- мониторинг ПЭП в плазме в начале триместра, при учащении припадков и появлении побочных эффектов препарата.

Диагностический
амнионцентез

Прерывание
беременности

IV ЭТАП III триместр

- наблюдение акушера-гинеколога и невролога с 28 до 30 недель – 1 раз в 2 недели, далее – 1 раз в 7 дней, дополнительно – после каждого генерализованного припадка, сопровождавшегося падением с обязательным проведением ЭЭГ;
- проведение ЭЭГ 1 раз в месяц;
- определение концентрации ПЭП в начале триместра, в 35-36 и в 39-40 недель, при учащении припадков и появлении побочных эффектов препарата;
- УЗИ контроль с доплерометрическим исследованием кровотока в артерии пуповины, аорте и средней мозговой артерии плода в 32-34, 37-38 недель беременности;
- КТГ плода с 28 недель беременности;
- госпитализация беременных в сроке 33-34 неделя для проведения профилактики невынашивания беременности, гестоза, ФПН, ХГП, мониторинг ПЭП и коррекция лечения ПЭП;
- родовая госпитализация в сроке 38-39 недель.

Рисунок 1 – Программа ведения беременности у женщин с эпилепсией

У 4 новорожденных пороки развития выявлены в течение первой недели жизни: два случая врожденных пороков сердца (дефект межжелудочковой перегородки) и два случая малых аномалий развития сердца (открытое овальное окно). У новорожденных от матерей первой подгруппы и контрольной группы пороки развития не выявлены.

Живыми родились 123 ребенка: 24 (100%) – в первой подгруппе, 69 (86,3%) – во второй подгруппе и 30 (100%) в контрольной группе. Количество доношенных детей в первой подгруппе составило 24 (100%), во второй подгруппе – 68 (98,6%), в контрольной группе – 28 (93,3%). Количество недоношенных детей составило соответственно 1 (1,3%) во второй подгруппе и 2 (6,7%) в контрольной группе ($p>0,05$) (таблица 3).

Таблица 3 – Исходы родов для новорожденных у пациенток с эпилепсией и практически здоровых беременных (Me (25%;75%))

Исходы родов для новорожденных	Первая подгруппа (n=24)	Вторая подгруппа (n=69)	Контрольная группа (n=30)
Масса новорожденного	3430,0 (3130,0;3785,0)	3230,0 (3010,0;3530,0)	3165,0 (2890,0;3670,0)
Рост новорожденного	51,5 (50,0;53,0)*	51,0 (50,0;52,0)	49,5 (47,0;52,0)
Оценка по шкале Апгар на 1 минуте <7	8,0 (8,0;8,0)	8,0 (8,0;8,0)	8,0 (8,0;8,0)
Оценка по шкале Апгар на 5 минуте <7	8,0 (8,0;9,0)	8,0 (8,0;9,0)	9,0 (8,0;9,0)

Примечание – * – вероятность справедливости нулевой гипотезы в сравнении с контрольной группой ($p<0,05$).

Осложнения в раннем неонатальном периоде в 2,9 раза чаще встречались во второй подгруппе, чем в контрольной группе (28,9% и 10,0% соответственно, $p<0,05$). В первой подгруппе осложнения раннего неонатального периода не выявлены. Ни в одной из подгрупп не диагностирован геморрагический синдром у новорожденных от матерей с эпилепсией.

У новорожденных во второй подгруппе были диагностированы следующие осложнения: церебральная возбудимость новорожденного – у 8 (11,6%), маловесный для гестационного возраста – у 4 (5,8%); в контрольной группе у 1 (3,3%) новорожденного выставлен диагноз – маловесный для гестационного возраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. Создание и использование базы данных женщин репродуктивного возраста, страдающих эпилепсией, № 3760800593 от 25 сентября 2008г., включенной в Государственный регистр информационных ресурсов, обеспечивает возможность проведения предгравидарной подготовки с целью улучшения исходов беременности и родов для матери и плода у женщин, страдающих эпилепсией [1, 2, 16].

2. Предгравидарная подготовка у женщин, страдающих эпилепсией, имеет важное значение, так как она позволяет решать ряд специфических задач:

- установление доверительного психологического контакта с пациенткой,
- профилактику пороков развития плода (у женщин, страдающих эпилепсией, не прошедших предгравидарную подготовку, частота пороков плодов и детей составила 11,3%),
- коррекцию и оптимизацию противозепилептической терапии, что способствует снижению частоты осложнений беременности на 51,5% [1, 2, 4, 5, 7, 10, 14].

3. Особенности течения беременности у женщин, страдающих эпилепсией, являются:

– в первом и во втором триместрах:

– угроза прерывания беременности во втором триместре у женщин, страдающих эпилепсией, встречалась статистически значимо чаще, чем в контрольной группе (20,0% и 3,3%) ($p<0,05$);

– достоверное снижение уровня гемоглобина в крови женщин, страдающих эпилепсией, не прошедших предгравидарную подготовку, в сравнении с контрольной группой ($p<0,05$);

– статистически значимые различия между показателями аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы в сыворотке крови женщин, страдающих эпилепсией, и контрольной группы ($p<0,05$);

– в третьем триместре:

– у женщин, страдающих эпилепсией и не прошедших предгравидарную подготовку, высокая частота гестоза (20,0%) по сравнению с контрольной группой (3,3%), угроза прерывания беременности (25,7% и 6,7%), хроническая гипоксия плода (25,7% и 6,7%), фетоплацентарная недостаточность (27,1% и 6,7%) ($p<0,05$);

– у женщин, страдающих эпилепсией, анемия беременных диагностирована статистически значимо чаще, чем в контрольной группе (29,3% и 10,0%) ($p<0,05$);

– выявлены статистически значимые различия между показателями аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы в сыворотке крови

женщин, страдающих эпилепсией, и пациенток контрольной группы ($p < 0,05$) [1, 2, 5, 7, 9, 10, 11].

4. Течение родов у женщин с эпилепсией по акушерским осложнениям существенно не отличается от общей популяции [1, 3, 7, 10, 11, 12, 13].

5. Критическими сроками по самопроизвольным абортam и преждевременным родам у женщин, страдающих эпилепсией, являются: 12-14 недель – 11,5%, 19-21 неделя – 10,5%, 33-34 недели – 16,0%, что требует госпитализации для проведения терапии по сохранению беременности и профилактике гестоза, для электроэнцефалографического контроля, мониторингирования противосудорожных препаратов, коррекции лечения основного заболевания [1, 3, 4, 10, 11, 12, 13].

6. У женщин, страдающих эпилепсией, не прошедших предгравидарную подготовку, частота врожденных пороков развития плода составила 11,3% (во втором триместре диагностированы – у 7,0%, в неонатальном периоде – у 5,8%) [4, 7, 8, 9].

7. Разработанная и внедренная программа ведения беременных, страдающих эпилепсией, включающая обязательное проведение предгравидарной подготовки, динамическое дифференцированное наблюдение в I, II, III триместрах гестации, профилактическую терапию осложнений беременности в 12-14, 19-21, 33-34 недели позволили уменьшить частоту осложнений раннего неонатального периода на 28,9% и пороков развития плода на 11,3%. Совокупный экономический эффект от внедрения предложенной тактики ведения беременности у женщин, страдающих эпилепсией, составил 21493,8 у.е., за счет удельной экономии от сокращения числа случаев заболевания в результате предгравидарной подготовки женщин, страдающих эпилепсией – 783,6 у.е., среднегодовой экономии – 20374,6 у.е., удельной экономии от сокращения сроков стационарного лечения – 246,3 у.е., среднегодовой экономии на объем внедрения нового способа лечения – 6402,7 у.е. [1, 3, 4, 5, 7, 8, 9].

Рекомендация по практическому использованию результатов

1. Беременность у женщин, страдающих эпилепсией, должна быть только планируемой. Основная цель предгравидарного консультирования – установление доверительного психологического контакта с пациенткой, профилактика пороков развития плода (фолиевая кислота в дозе 5 мг в сутки с момента прекращения контрацепции и первый триместр беременности, затем по 1 мг в сутки – до конца беременности), коррекция и оптимизация противосудорожной терапии, обеспечение полной осведомленности женщины, страдающей эпилепсией и планирующей деторождение, обо всех факторах риска, имеющихся при данном заболевании для нее самой и ее потомства, преимуществах и недостатках проводимого

противоэпилептического лечения с тем, чтобы она смогла самостоятельно принять решение о возможности наступления беременности и ее сохранения.

2. Предгравидарная подготовка осуществляется в тесном сотрудничестве пациентки и ее родственников, невролога, акушера-гинеколога, генетика, терапевта и должна проводиться с планирующими беременность, а также с женщинами группы «резерва родов».

3. Женщины репродуктивного возраста, страдающие эпилепсией, должны быть включены в базу данных Государственного регистра информационных ресурсов.

4. Принимая во внимание высокий риск развития пороков у плода, обязательным является скрининговое исследование на пороки развития: 11-12 недель трансвагинально для исключения дефектов нервной трубки и решения вопроса, при необходимости, раннего прерывания беременности, для выявления врожденных пороков сердца показана эхокардиография плода в сроке 18-20 недель. По показаниям дополнительно проводится амниоцентез, биопсия хориона, цитогенетическое исследование.

5. Начиная с 20 недель беременности, учитывая высокий риск развития фетоплацентарной недостаточности, при ультразвуковом исследовании целесообразно проводить доплерометрическое исследование кровотока в артерии пуповины, аорте и средней мозговой артерии плода.

6. Начиная с 28-й недели беременности, показано проведение кардиотокографического исследования с объективной оценкой показателей моторики матки и состояния плода.

7. Концентрацию противоэпилептических препаратов необходимо определить до беременности и в начале каждого триместра, а также в 35-36, 39-40 недель, при учащении припадков или появлении побочных эффектов, а также, в течение 8 недель после родов.

8. Беременных, страдающих эпилепсией, целесообразно госпитализировать в сроки 12-14, 19-21 и 33-34 недели для проведения профилактики угрозы прерывания беременности, гестоза, фетоплацентарной недостаточности и хронической гипоксии плода с проведением электроэнцефалографического мониторингирования, контроля противоэпилептических препаратов, коррекции лечения основного заболевания.

9. Дородовая госпитализация у женщин, страдающих эпилепсией, должна осуществляться в сроке 38-39 недель в стационар 2-3 уровня.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Статьи, опубликованные в изданиях, включенных в перечень
научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов
диссертационных исследований**

1. Особенности акушерско-гинекологического консультирования беременных женщин, страдающих эпилепсией / О.И. Прусакова, С.Н. Занько, Г.И. Наумова, П.Н. Власов // Охрана материнства и детства. – 2007. – № 2 (10). – С. 71-77.

2. Предгравидарное консультирование женщин, страдающих эпилепсией / Г.И. Наумова, О.И. Прусакова, А.А. Пашков, П.Н. Власов // Медицинские новости. – 2008. – № 2. – С. 41-47.

3. Прусакова, О.И. Особенности ведения родов и послеродового периода у беременных, страдающих эпилепсией / О.И. Прусакова, Г.И. Наумова / Медицинская панорама. – 2008. – № 8. – С.57-60.

4. Прусакова, О.И. Ведение беременности у женщин, страдающих эпилепсией / О.И. Прусакова // Репродуктивное здоровье. – 2010. – № 4 (10) – С. 52-57.

Статьи в сборниках научных трудов, материалы конференции

5. Прусакова, О.И. Обзор литературных данных по особенностям беременности у женщин, страдающих эпилепсией / О.И. Прусакова, Г.И. Наумова, С.Н. Занько // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации : материалы 62-й научной сессии ун-та, Витебск, 22-23 марта 2007 г. / Витебский гос. мед. ун-т ; редкол.: А.П. Солодков [и др.]. – Витебск, 2007. – С. 329-331.

6. Прусакова, О.И. Ведение при первом припадке во время беременности / О.И. Прусакова, Г.И. Наумова // Современные проблемы диагностики и лечения заболеваний нервной системы : материалы 7-й Республиканской научно-практической конференции по неврологии для молодых специалистов, Ждановичи, 15-16 апреля 2008 г. / РНПЦ неврологии и нейрохирургии ; редкол.: Т.Н. Рушкевич. – Ждановичи, 2008. – С. 54-55.

7. Прусакова, О. И. Тератогенное действие противоэпилептических средств / О.И. Прусакова, Г.И. Наумова, И.З. Данильченко // Студенческая медицинская наука XXI века : материалы VIII международной научно-практической конференции, Витебск, 13-14 ноября 2008 г. / Витебский гос. мед. ун-т ; редкол.: А.П. Солодков [и др.]. – Витебск, 2008. – С. 348-350.

8. Прусакова, О.И. Ведение беременности у женщин, страдающих эпилепсией, с учетом тератогенного действия на плод противоэпилептических препаратов / О.И. Прусакова, С.Н. Занько // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации : материалы 63-й научной сессии ун-та.

Витебск, 26-27 марта 2008 г. / Витебский гос. мед. ун-т ; редкол.: А.П. Солодков [и др.]. – Витебск, 2008. – С. 278-279.

9. Прусакова, О.И. Пороки развития у плодов женщин, страдающих эпилепсией, с учетом тератогенного действия противосудорожных средств / О.И. Прусакова, Г.И. Наумова // Чернобыльские чтения-2008 : материалы международной научно-практической конференции, Гомель, 24-25 апреля 2008 г. / Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека ; под общ. ред. А.В. Рожко. – Гомель, 2008. – С.217-227.

10. Наумова, Г.И. Некоторые аспекты акушерско-гинекологического консультирования беременных, страдающих эпилепсией / Г.И. Наумова, О.И. Прусакова // Новые информационные технологии в медицине, биологии, фармакологии и экологии : труды XVI международной конференции и дискуссионного научного клуба, Крым, Ялта-Гурзуф, 31 мая – 9 июня 2008 г. – Ялта ; Гурзуф, 2008. – С. 356-358.

11. Прусакова, О.И. Особенности родов у беременных женщин, страдающих эпилепсией / О.И. Прусакова // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации : материалы 64-ой юбилейной научной сессии ун-та, посвященной 75-летию его образования, Витебск, 26-27 марта 2009 г. / Витебский гос. мед. ун-т ; редкол.: В.П. Дейкало [и др.]. – Витебск, 2009. – С. 342-343.

12. Прусакова, О.И. Особенности ведения беременности и родов у женщин, страдающих эпилепсией / О.И. Прусакова // Актуальные вопросы современной медицины и фармации : материалы 61 итоговой научно-практической конференции студентов и молодых ученых, посвященной 75-летию его образования, Витебск, 23-24 апреля 2009 г. / Витебский гос. мед. ун-т ; редкол.: А.П. Солодкова [и др.]. – Витебск, 2009. – С. 423-425.

13. Прусакова, О.И. Алгоритм ведения беременности у женщин, страдающих эпилепсией / О.И. Прусакова // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации : материалы 65-ой научной сессии сотрудников ун-та, Витебск, 24-25 марта 2010 г. / Витебский гос. мед. ун-т ; редкол.: В.П. Дейкало [и др.]. – Витебск, 2010. – С. 322-324.

14. Прусакова, О.И. Сравнительный анализ ИППП у беременных, страдающих эпилепсией и беременных женщин, не страдающих неврологической патологией / О.И. Прусакова, О.В. Беляева, И.П. Виталева // Современные диагностические технологии, внедрение в практику : сборник материалов, посвященный 15-летию Витебского областного диагностического центра. – Витебск, 2010. – С. 179-180.

Инструкция по применению

15. Ведение беременности у женщин, страдающих эпилепсией : инструкция по применению : рег. № 144-1108 : утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 10.09.2008 / О.И. Прусакова, С.Н. Занько, Г.И. Наумова, А.А. Пашков. – Витебск, 2008. – 18 с.

Методическое пособие

16. Особенности ведения беременности у женщин, страдающих эпилепсией : методическое пособие / Г.И. Наумова, О.И. Прусакова, А.А. Пашков, П.Н. Власов, С.Н. Занько ; УЗ Витеб. Облсполкома ; УО «Витеб. гос. мед. ун-т». – Витебск, 2007. – 66 с.



РЭЗІЮМЭ

Прусакова Аксана Іванаўна ВЯДЗЕННЕ ЦЯЖАРНАСЦІ Ё ЖАНЧЫН, ЯКІЯ ПАКУТУЮЦЬ НА ЭПІЛЕПСІЮ

Ключавыя словы: перадгравідарная падрыхтоўка, тактыка вядзення цяжарнасці, жанчыны, якія пакутуюць эпілепсіяй, парокі развіцця.

Аб’ектам даследавання з’явіліся 104 цяжарныя, якія пакутуюць на эпілеpsyю, 30 практычна здравых цяжарных.

Мэта работы: распрацаваць рэкамендацыі па падрыхтоўцы хворых эпілепсіяй жанчын да цяжарнасці і па рацыянальным яе вядзенню.

Метады даследавання: агульнаклінічныя, радыёіммуналагічныя, ультрагукавое даследаванне, функцыянальныя метады даследавання, агульнапрынятыя метады варыяцыйнай статыстыкі з выкарыстаннем стандартнага пакета праграм “STATISTICA 6.0”

Атрыманыя вынікі і іх навізна: створана база дадзеных пацыентак з эпілепсіяй, для правядзення перадгравідарнай падрыхтоўкі. Вывучаны асаблівасці цяжарнасці цяжарнасці ў жанчын, якія пакутуюць на эпілеpsyю, і яе зыходы ў залежнасці ад правядзення перадгравідарнай падрыхтоўкі. Вызначаны тэрміны цяжарнасці, крытычныя па самаадвольным абортam і заўчасным родам у жанчын, якія пакутуюць эпілепсіяй. Вывучана частата парокаў развіцця ў плодоў і дзяцей, народжаных жанчынамі, якія пакутуюць на эпілеpsyю. Упершыню ў Рэспубліцы Беларусь распрацавана праграма перадгравідарнай падрыхтоўкі і вядзення цяжарнасці ў жанчын, якія пакутуюць эпілепсіяй.

Выкарыстанне вынікаў: зацверджана і ўкаранёна ў практыку інструкцыя па прымяненні МЗ Рэспублікі Беларусь: «Вядзенне цяжарнасці ў жанчын, якія пакутуюць эпілепсіяй».

Вобласці ўжывання: лячэбна-прафілактычныя ўстановы, якія аказваюць акушэрскую і гінекалагічную дапамогу, навучальны працэс.

РЕЗЮМЕ

Прусакова Оксана Ивановна ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Ключевые слова: предгравидарная подготовка, тактика ведения беременности, женщины, страдающие эпилепсией, пороки развития.

Объектом исследования явились 104 беременные, страдающие эпилепсией, 30 практически здоровых беременных.

Цель работы: разработать рекомендации по подготовке женщин, страдающих эпилепсией, к беременности и по рациональному её ведению.

Методы исследования: общеклинические, радиоиммунологические, ультразвуковое исследование, функциональные методы исследования, общепринятые методы вариационной статистики с использованием стандартного пакета программ "STATISTICA 6.0".

Полученные результаты и их новизна: создана база данных пациенток с эпилепсией, для проведения предгравидарной подготовки. С целью снижения осложнений изучены особенности течения беременности у женщин, страдающих эпилепсией, и её исходы в зависимости от проведения предгравидарной подготовки. Определены сроки беременности, критические по самопроизвольным абортam и преждевременным родам у женщин, страдающих эпилепсией. Изучена частота пороков развития у плодов и детей, рожденных женщинами, страдающими эпилепсией. Впервые в Республики Беларусь разработана программа предгравидарной подготовки и ведения беременности у женщин, страдающих эпилепсией.

Использование результатов: утверждена и внедрена в практику инструкция по применению МЗ Республики Беларусь: «Ведение беременности у женщин, страдающих эпилепсией».

Область применения: лечебно-профилактические учреждения, оказывающие акушерскую и гинекологическую помощь, учебный процесс.

SUMMARY

Prusakova Aksana I.

MANAGEMENT OF PREGNANCY IN WOMEN, SUFFERING FROM EPILEPSY

Key words: preparation for pregnancy, tactics of pregnancy management, women, suffering from epilepsy, malformations.

Object of study: 104 pregnant women, suffering from epilepsy, 30 practically healthy pregnant women.

The work purpose: to elaborate recommendations for preparation women with epilepsy for pregnancy and its rational management.

Methods of research: general clinical, radioimmunological, ultrasonic method of investigation, functional methods of investigation, conventional methods of variation statistics, using standard packet of programs "STATISTICA 6.0"

The received results and their novelty: database of patients with epilepsy was created, to carry out preparation for pregnancy. Particular qualities of the course of pregnancy and its outcomes were studied in women, suffering from epilepsy, depending on preparation for pregnancy for the purpose of decreasing complications. Terms of pregnancy, critical for spontaneous abortion and premature delivery were defined in women, suffering from epilepsy. Frequency of malformations in offsprings and children, born from women, suffering from epilepsy, was studied. Program of preparing for pregnancy and its management in women, suffering from epilepsy, was developed for the first time in Belarus.

Use of results: instruction for application "Management of pregnancy in women, suffering from epilepsy" is approved by Ministry of Health protection of Republic of Belarus and applied in practice.

The field of using: medical and prophylactic institutions, providing obstetric-gynecologic aid; educational process.

Подписано в печать 15.11.2018. Формат 60х84 1/16.
Бумага типографская №2. Гарнитура Times New Roman Усл. печ. Листов 163
Уч. – изд. л. 163 Тираж 60 экз. Заказ № 251
Издатель и полиграфическое исполнение УО «Витебский государственный
медицинский университет»
ЛИ № 02330/0549444 от 08.04.09.

Отпечатано на резографе в Витебском государственном медицинском
университете.

210602, г.Витебск, пр-т Фрунзе 27. Тел. (8-0212)261966